

Etre à l'écoute de soi. Le travail thérapeutique dans le cadre des médecines alternatives (Buenos Aires, Argentine)

Mariana Bordes

CONICET (Conseil National de Recherches Scientifiques et Techniques)

UBA (Université de Buenos Aires)

Résumé : L'article vise à analyser les formes du soin liées aux médecines alternatives, parallèles ou non conventionnelles, dont la vigueur et l'incidence croissante dans les différents centres urbains de l'Occident les situent dans un lieu d'intérêt pour les sciences sociales. En particulier, ce travail a pour objectif d'explorer un aspect de la logique de l'attention à la santé qui se dessine dans cet univers: ce qui présente *le travail thérapeutique* et *l'enregistrement du soi* comme la condition de possibilité de l'efficacité du traitement. Ce qui devient pertinent vis-à-vis des débats actuels concernant les processus de subjectivation dans la modernité tardive. L'article provient d'un travail de recherche qualitative de thèse de doctorat visant à rendre compte de la complexité des significations qui sont intégrées dans l'espace social de la médecine alternative; particulièrement la manière dont celles-ci sont expérimentées et conceptualisées par les acteurs sociaux.

Mots-clés: médecines alternatives, être à l'écoute de soi, travail thérapeutique, Buenos Aires.

Abstract : The article aims to analyze the forms of care related to the universe of alternative medicines, whose validity and increasing incidence in different Western urban centers put them in an interest place for the social sciences. In particular, the aim is to analyze a specific mode of appropriation and use of "alternative care": we refer to the matrix of intelligibility of corporeality and wellbeing that requires an *active work* by the user, where the self-reflection and self-knowledge in holistic terms assume a central role. This work is based on a doctoral research focused on analyzing the therapeutic meanings within a particular alternative medicine (reflexology), which was carried from a qualitative sociological perspective.

Key-words: Alternative medicine, self-reflection, therapeutic work, Buenos Aires.

Ce travail a pour objectif d'explorer un aspect de la logique de l'attention à la santé qui se dessine dans l'univers des médecines alternatives, parallèles (Laplantine et Rabeyron, 1987), non conventionnelles- ou des médecines complémentaires et alternatives, comme les nomme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) : cet univers qui présente la connaissance de soi comme la condition de possibilité de l'efficacité thérapeutique.

L'importance de mettre en cause cet aspect du phénomène alternatif s'articule sur les débats actuels du milieu académique. Vus du domaine sociologique international, les travaux qu'analysent ces médecines faisant partie du mouvement « New Age »¹ ont montré que l'adhésion à ces croyances et à ces pratiques finissent par générer de nouvelles formes de subjectivité. En particulier à travers la recherche active d'une transformation personnelle, sous le signe de l'intensification spirituelle de la vie intérieure (Albanese, 1992 ; Heelas, 1996; Garnoussi, 2005). Dans les dernières décennies, on a privilégié le cadre des théories de la réflexivité (Giddens et Lash, 1994; Giddens, 1995), en montrant que les ressources herméneutiques des médecines « alternatives » correspondent à la gestion réflexive du soi qui rend possible les processus de subjectivation dans la modernité tardive. C'est dans ce sens que Sointu (2006) met l'accent sur le fait que les médecines alternatives construisent un *soi* « *holistique, actif et puissant* » (Ibid. 494) et que cette construction s'aligne sur les valeurs contemporaines de l'authenticité. Celle-ci est définie selon les théories de la reconnaissance (Taylor, 1996) comme une partie d'une nouvelle interprétation de l'identité subjective occidentale, caractérisée par son caractère individualisé et orientée par l'impératif de « s'écouter ».

Même si ces projets se sont développés dans des pays industrialisés, l'importance de ce phénomène peut se constater en Amérique latine et en Argentine, étant la ville de Buenos Aires un bon exemple un contexte de caractéristiques à mettre en valeur. Dans ce sens, l'ample diffusion et l'acceptation que les thérapies alternatives ont atteintes grâce à l'acupuncture, le Ayurveda et la réflexologie, parmi d'autres (Carozzi, 2000; Idoyaga Molina, 2002; Freidin et Abrutzky ; 2010, Bordes, 2012; Freidin *et al.* 2013) y compris

¹ Hans Baer (2008) situe les origines de cette désignation dans le mouvement social lié à la *New Age*, lequel émerge dans les années 80 aux États-Unis et en Europe, qui se caractérise par une idée holistique de la santé, ainsi que par le rejet des pratiques biomédicales, considérées en général comme envahissantes.

parmi les secteurs de moindres ressources et grâce à l'offre gratuite ou peu chère, comme le yoga (Saizar, 2009), se mêlent aux autres caractéristiques du champ thérapeutique plus vaste -psychothérapies, développement personnel (Illouz, 2010)²-. Par exemple, en Argentine, on compte l'un des taux de psychologues par habitant les plus élevés au niveau mondial, ce qui permet de parler d'une véritable culture « psychologisée » dans ce contexte urbain. Ceci est caractérisé par le déplacement des catégories *psy* et sa reformulation dans différents espaces thérapeutiques, comme au sein des groupes évangéliques (Semán, 2008; Algranti, 2008) ou dans d'espaces alternatives (Viotti, 2013). En prenant en compte ces informations, et afin d'analyser nos données, nous développons notre article autour de l'axe conceptuel référé au travail sur le *self* dans des contextes thérapeutiques, ce qui a été élaboré par la sociologie de la santé et de la maladie, ainsi que par l'anthropologie médicale. Dès cette dernière discipline, l'anthropologue brésilienne Sônia Maluf (2005) emploie cette notion pour comparer les modalités de traitement des médecines alternatives avec les pratiques rituelles du Santo Daime et même avec l'acceptation du mot dans la psychanalyse. Ils ont tous en commun, selon Maluf : 1) la tendance à conduire un processus de transformation d'un « ancien moi » vers un « nouvel être » et 2) la recherche active pour surpasser les souffrances à travers l'« identification de ses causes profondes » (Ibid. 501). C'est-à-dire, les causes liées à l'histoire biographique du patient, qui supposent un processus d'examen perceptif et de révision herméneutique, attribuant à l'individu un certain degré de responsabilité dans le processus de guérison. Pour sa part, il faut inclure également la notion de *body work* (Tiggs *et al.*, 2011), laquelle vise à analyser les processus du soin en problématisant le double aspect d'objet et de sujet du corps. Dans le cadre de la médecine complémentaire et alternative, comme indiqué par Gale (2011), ce double aspect met en jeu un certain nombre de dispositifs visant à la capture de l'image multidimensionnelle du patient, par rapport à laquelle la construction d'une histoire incarnée (*body story*) joue un rôle central.

2 Eeva Illouz (2010, p. 28) met en œuvre le concept de «champ thérapeutique», qui comprend des thérapies psychologiques et psychanalytiques, ainsi que des ateliers et des pratiques alternatives. Selon l'auteur, ces pratiques peuvent être comparées parce que les deux ont en commun le fait qui contribue à forger dans les sociétés contemporaines un nouveau style émotionnel. Cela veut dire, un style culturel qui privilège l'enregistrement des émotions, et, en ce sens, crée techniques spécifiques -linguistiques, scientifiques, rituelles- pour les appréhender.

Dans ce qui suit, l'article développe la notion d'être à l'écoute de soi -considéré comme faisant partie d'un travail thérapeutique plus large- à partir de l'analyse des différentes significations qui émergent d'après la spécificité de notre objet d'étude. Nous considérons que cette analyse constitue une contribution au domaine d'étude qui porte sur la façon dont les "alternatives" deviennent un outil culturel lors de la construction des récits identitaires, en particulière par rapport aux techniques spécifiques du corps (Mauss, 1979).

Considérations méthodologiques

L'article provient d'un travail de recherche qualitative de thèse de doctorat³ visant à rendre compte de la complexité des significations qui sont intégrées dans l'espace social de la médecine alternative et complémentaire; particulièrement la manière dont celles-ci sont expérimentées et conceptualisées par les acteurs sociaux impliqués. L'étude comporte un corpus de 48 entretiens, ainsi que d'observations réalisées dans la période 2007-2011 dans deux instituts holistiques où la réflexologie du pied constitue l'offre thérapeutique principale. En ce qui concerne le travail de terrain, il a été possible grâce à l'accord avec les spécialistes en charge de ces deux instituts, ce qui a permis l'accès aux réseaux des spécialistes, et les entretiens avec leurs clients et le recrutement de leurs clients. D'une part, nous avons pris contact avec des patients en fonction de critères de sélection des thérapeutes eux-mêmes, ce qui représente une certaine partialité car les spécialistes ont privilégié les clients avec lesquels ils avaient construit un lien plus proche -selon la période de traitement, les affinités personnels, etc.-, ou dont leurs traitements ont le mieux réussi. D'autre part, les patients interviewés ont indiqué les coordonnées de contacts dans leurs propres réseaux sociaux -personnes utilisant ou ayant utilisé la réflexologie- ce qui correspond au fait qu'une fois qu'une certaine thérapie était utilisée avec succès, les gens ont tendance à la recommander dans le cadre de leurs rapports immédiates (O'Connor, 2003). Cette «*snowbowling*» a permis de discuter les perspectives des clients sélectionnés par les spécialistes, permettant l'accès à d'expériences négatives concernant la thérapie, par exemple. En premier lieu, nous avons décidé d'effectuer des

³Faculté des Sciences Sociales, Université de Buenos Aires. Recherche bénéficiée du soutien financier CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

entretiens et des conversations informelles ouvertes, non structurées ou «créatives» (Douglas, 1985; Fontana et Frey, 1994) en tant que première étape vers l'élaboration de directives plus structurées, afin d'entrer dans le vocabulaire du monde thérapeutique de la réflexologie. Puis, nous avons élaboré un guide d'entretien visant à mieux comprendre l'utilisation de la réflexologie comme une option de traitement, ce qui a conduit à se renseigner sur l'utilisation d'autres médecines, ainsi que des notions de corps, de corporalité, santé et maladie.

La notion d'enregistrement est apparue comme une catégorie émergente dans le travail de terrain, mentionnée en particulier au moment d'enquêter les aspects évalués comme positifs pendant le traitement (« Que préférez-vous dans la réflexologie ? », « Quel aspect était le plus efficace d'après vous? », « La réflexologie vous a-t-elle apportée quelque chose que la médecine conventionnelle n'a pas pu vous offrir ou proposer? », « sentez-vous ou avez-vous senti quelque chose de spécial pendant les séances? », « Pourquoi avez-vous choisi la réflexologie et pas la kinésiologie, par exemple? »). Notez que cet article tente de reconstituer les perspectives indigènes autour « d'être à l'écoute de soi » dans le cadre d'un travail thérapeutique plus large, et non pas sur les pratiques elles-mêmes. Cet accent mis sur ce que les gens «disent» et non pas sur ce que les gens «font». Cette perspective a répondu à certaines caractéristiques et contingences du terrain, par exemple, le caractère privé des séances et la difficulté d'assister à des moments d'interaction entre spécialistes et patients. En ce sens, l'objet de notre recherche s'oriente vers la construction de significations en reprenant l'approche méthodologique de l'étude de cas ethnographique (Stake, 1994), et les données recueillies ont été analysées depuis une perspective qui se sert des outils de la phénoménologie. A partir de cette approche, nous cherchons à analyser non seulement les expériences des adeptes à la réflexologie, mais aussi la manière dans laquelle ces expériences prennent une forme transmissible, à travers de narrations qui leur donnent de la forme et du sens. Nous reconnaissons, les limites de cette stratégie de recherche en ce qui concerne la reconstruction de la complexité du monde social (Atkinson, 1997; Silverman, 1998), ce qui nécessite des stratégies méthodologiques mixtes (Barry, 2002). Les données présentées n'expriment pas la totalité de la réalité des expériences, elles en constituent une construction médiatisée par le langage et par la présence du chercheur (Smith, 2000).

L'irruption significative de l'expérience corporelle

La notion de *travail* thérapeutique concerne, tout d'abord, la *situation thérapeutique* qui comprend un ensemble de facteurs contextuels et expressifs associés : 1) aux techniques corporelles et procédés thérapeutiques -rituels, traitements, pratiques, que dans ce cadre, interviennent en tant que médiateurs symboliques⁴- (Maluf, 2005, p. 500-501), et 2) à la relation avec le thérapeute, qui assume ici un rôle d'intermédiaire culturel (Featherstone, 2000). Cette situation met en jeu, avant tout, la *dimension sensible* de la perception du patient, en rendant possible la construction d'expériences corporelles significatives qui portent sur la réflexion - médiatisée par le langage- de ce qui est vécu lors d'une séance. La catégorie d'expérience corporelle revêt donc une importance particulière dans le contexte de la réflexologie, comme l'ont déjà remarqué Baarts et Pedersen (2009). À cet égard, leur travail de recherche met l'accent sur les premières approches des patients avec ce type de traitement; en particulier la manière dans laquelle elles déclenchent une série de sensations au niveau physique et/ou émotionnel. Ils soulignent que, bien que beaucoup de ces expériences soient vécues comme désagréables, elles sont cependant conceptualisées en termes positifs, et même en tant que preuve de l'efficacité thérapeutique. Ainsi dans notre travail de terrain, ces «réactions» -comme les acteurs sociaux eux-mêmes les nomment- générées dans les premières séances du traitement, sont considérées comme un signe concret des effets de la thérapie sur l'individu.

« Un jour, une patiente est venue me voir et elle m'a dit qu'elle n'aimait pas son travail et qu'elle était très tolérante envers les autres. [mais] un jour où elle ne voulait parler à personne, elle a commencé à crier sur tout le monde. Et elle m'a dit : « Qu'es-ce qui se passe ? » et je lui ai répondu : « C'est peut-être une réaction du traitement que tu exprimes ; ce que tu ressens

⁴L'auteur utilise cette notion pour rendre compte des symboles qui entrent en jeu dans les sessions. Ces médiateurs peuvent assumer à la fois la forme d'un objet ou d'un instrument, techniques et procédures du corps (massages, techniques de respiration, mouvements) des sensations olfactives, auditives (musique, sons), parmi d'autres. Ces symboles travaillent, d'abord, comme un canal de communication entre les individus et les expériences intérieures, inconscientes, reprimées. Puis ils contribuent à l'établissement d'un rapport entre patient et thérapeute (Ibid.: 514).

réellement, que tu ne le fais pas généralement parce ça fait mauvaise impression » (A., réflexologue)

« [la thérapie] m'a fait affleurer des souvenirs, de très mauvais souvenirs de ma vie, donc beaucoup de larmes, beaucoup de larmes. Mais ça m'a fait du bien parce que je me suis détendue, je me suis calmée. Deux séances de pleurs de suite. Elle commençait à me toucher et je commençais à pleurer, comme ça, automatiquement. » (C., élève de yoga, professeure de reiki et réflexologue)

« Après plusieurs séances, je m'assoupissais souvent, je me suis dit « bon, ça doit être une manière de décharger de l'énergie ». J'avais bâillé tout l'après-midi, sans arrêt » (P., adepte du néo-chamanisme, du reiki, de la réflexologie, des massages et du yoga, entre autres)

Comme l'illustrent ces témoignages, ce « qui se passe » renvoie à des réactions de nature physique, ainsi que le jaillissement d'émotions comme les pleurs ou la colère qui explosent sans motif immédiat, ce qui démontre aux yeux des adhérents que la corporalité ne se trouve pas exclusivement composée du *corps-chair* (Good, 1994) sur le plan physico-biologique. En effet, ces «réactions» - souvent exprimées à l'aide du vocabulaire de la décharge - se réfèrent à une vision de la corporalité comme un phénomène qui implique la circulation de l'énergie, ce qui a été largement rapporté dans la littérature sur les thérapies alternatives (Scott, 1998). À cet égard, la notion d'énergie met en évidence la présence d'une vision vitaliste et naturaliste (Micozzi, 2002; Ning, 2012)⁵ qui transmet une idée de la santé en termes d'équilibre, et qui souligne le fait que la libération de certaines énergies fait partie d'un processus d'auto-guérison dont le corps est capable s'il est stimulée correctement. Cependant, l'intérêt suscité chez certains utilisateurs est fondé sur l'idée que le corps est intimement liée à la propre biographie. Cela nous amène à l'idéologie de l'holisme, qui se réfère à la relation plus fluide et interactive que fournissent

⁵ Le quantum d'énergie en mouvement qui est constitutive de la corporalité humaine selon le discours alternatif est défini par les termes de *chi* ou *qi* en Chine et au Japon respectivement, tout en intégrant des notions de l'idéologie hindoue –Prana- et d'autres profondément reconfigurées en Occident comme aura, corps subtil, etc. L'approche vitaliste souligne en particulier que le corps est constitué par des forces vives en mouvement qui tendent à l'équilibre. Ainsi, se forge la croyance que le corps a la capacité de retourner à cet état si stimulée correctement (voir, par exemple, Micozzi 2002).

ce type de traitement entre le corps, les émotions, l'esprit et l'environnement social de l'individu (Goldstein *et al.* 1985). Comme le souligne Saizar (2009), les thérapies alternatives remportent un grand succès en partie grâce à la capacité de proposer une construction technique qui montre aux acteurs sociaux que leur corps a une *mémoire*. De la même manière, les expériences physiques et/ou émotionnelles sont interprétées comme une expression d'un passé lointain ou proche qui demeure comme un résidu ou des *marques* ancrées dans le corps (le corps en tant que réceptacle). Enfin, elles sont susceptibles d'être débloquées à travers les stimulations manuelles qui mettent en mouvement la corporalité dans sa totalité.

Notez que ces expériences dans le domaine thérapeutique peuvent déclencher une quête de sens d'après l'interprétation des causes du blocage de l'énergie initiale. Mais il est aussi intéressant de noter que, du point de vue des acteurs, cette dimension vitaliste est appréciée pour elle-même. D'après les résultats présentés par Baarts et Pedersen (2009), ces sensations deviennent pertinentes pour une sociologie du corps en tant qu'elles sont liées à la capacité de permettre une prise de conscience (*awareness*) de la corporalité - ce que les auteurs confrontent, à la notion de l'absence du corps développée par Drew Leder (1990), du moins s'il est considérée comme la base de notre inscription dans le monde et, par conséquent, non-problématisé par la conscience. Le corollaire de ce qui précède est que ce niveau « d'être à l'écoute de soi » supposerait une reconnaissance du corps de nature transformatrice car le reconnu -selon les matériaux analysés par les auteurs. Contrairement à ce qui se passe dans le cadre biomédicale qui vise à objectiver le corps et, par conséquent, tend à renforcer l'aliénation du corps vis-à-vis du *self*, les expériences corporelles des «alternatives» contribuent à réconcilier le dualisme cartésien corps-esprit (Baarts et Pedersen, 2009; voyez aussi Gale, 2011). À son tour, l'enregistrement des sensations corporelles générées dans la situation thérapeutique et la prise de conscience de leur signification personnelle de la part du patient, constitueraient la base expérientielle de la disposition pratique à l'usage de thérapies préventives visant à obtenir un certain « bien-être ».

En ce qui concerne les spécialistes et leur rôle d'intermédiaires culturels, ils montrent dans les entretiens qu'ils manient cette rhétorique à partir du moment où ils entrent en contact avec leurs patients. Dès les premières questions posées pour connaître l'état de

santé de la personne, leurs sensations corporelles, mais aussi leurs habitudes posturales, alimentaires, physiologiques, donc au moment de détecter les signes au niveau des pieds et de mettre en œuvre un dialogue pour configurer des hypothèses de diagnostic ; on peut considérer tous ces éléments comme une première approximation non seulement pour élaborer une connaissance individualisée du patient, mais aussi pour que le sujet commence à formuler les mêmes questions sur lui-même. Dans un premier temps, les thérapeutes remplissent un rôle de médiateurs de l'écoute de soi, en insistant sur les questions corporelles quotidiennes. Ceci inclut toute une gamme d'attitudes, d'habitudes, de signaux corporels et de malaises presque invisibles, qui sont rarement pris en compte dans le milieu clinique biomédical ou qui ne sont pas considérés comme des données importantes dans leur cadre d'intelligibilité, mais seulement abordés dans le but de relever l'information liée à une catégorie nosologique définie ou *disease* (Laplantine, 1998; Good, 2002, entre autres). Le fait de ne pas boire suffisamment d'eau, de ne pas dormir comme il faut en termes de qualité et de quantité de rêve, de ne pas bien s'alimenter, la constipation, les problèmes de posture, ainsi que la vaste gamme de troubles émotionnels- stress, préoccupation- sont souvent les éléments inévitables dans ces récits. Au-delà du critère personnel de chaque spécialiste, la nécessité de mettre en valeur ces malaises aux yeux du patient - ou ces attitudes génératrices de malaise - ressort en général et tendent à être « naturalisés ». Cette tendance conduit à une mise à l'écart de la fonction clé de la douleur en tant que signal d'alerte face à une situation contre-productive, comme l'affirme un informateur.

« La douleur est ce qui nous fait corriger les choses, si tu as mal quelque part, c'est parce que tu fais quelque chose de mal, si tu as mangé quelque chose qui te reste sur l'estomac et que tu as mal, c'est un avertissement pour que tu ne le fasses pas une deuxième fois ».

Ainsi, la douleur devrait générer une disposition à « être attentif » et utiliser sa potentialité pour éviter des souffrances qui ne sont pas encore manifestées ou qui pourraient être plus graves. Une des spécialistes disait qu'elle se considérait elle-même comme un « *agent de santé* », surtout parce que tout ce qui attire l'attention tourne autour

de la formation d'attitudes préventives, malgré le fait qu'à plusieurs occasions il s'agisse de « petits » signes, comme par exemple boire beaucoup d'eau dans la journée.

On pourrait dire que les spécialistes assument un rôle d'*accompagnateurs* dans le processus thérapeutique. Au-delà de l'aspect humaniste supposé, je me réfère à la façon dont un thérapeute pense qu'il peut lui-même guider le patient, par exemple à travers des questions sur la manière dont il se sent et pourquoi, ou également grâce à des associations liées à sa vie qui lui permettent de développer une réflexion de ce qui se passe en nous plus spécifique de ses processus corporels. L'accent est mis sur l'idée selon laquelle la validité de ce type d'associations se trouve dans la propre capacité de réflexion du patient, lors d'instances dialogiques de la séance et dans des moments de solitude, en rejetant toute prétention d'autorité du spécialiste. Il s'agit de modeler une disposition et une éthique de l'écoute de soi, en commençant par : 1) stimuler la propre capacité à *écouter son corps*, 2) enregistrer ses déséquilibres et 3) établir des connexions pour les interpréter. Cela est similaire à l'approche de Gale (2011), selon laquelle la construction d'une histoire (*body-story*) constitue le but des séances alternatives. Ce qui, en fait, constitue l'équivalent du diagnostic dans le cadre biomédical. Cette histoire est en principe une narration co-construite entre le patient et le praticien, l'une des compétences du thérapeute étant la possibilité de « créer » un patient « qui parle » (Ibid.: 1995). Cependant, cela ne constitue pas un dialogue séparé du travail sur le corps : le *body-story* articule différents niveaux de la pratique thérapeutique, tels que l'observation des signes corporels et le travail sur l'énergie de la personne.

La dimension préréflexive de l'enregistrement du soi

Comme nous l'avons vu, la mobilisation à travers des stimulations appliquées pendant l'exercice de la technique est capable de produire des sensations corporelles inattendues qui attirent l'attention du patient et du thérapeute, en appliquant des recherches de sens ou en en concrétisant certaines en relation avec le fait que le corps a réussi à se défaire de ce qui empêche le débit correct du « flux énergétique » de l'individu qui doit être évacué. Mais, du point de vue des acteurs, cette dimension constitue aussi un espace qui permet de vivre une expérience d'enregistrement qui transcende le plan de l'élaboration réflexive- et, par conséquent, cognitive- et qui peut s'établir seulement à partir d'un dialogue intersubjectif ç propos de sensations et d'indispositions et de leurs possibles interprétations.

Quelques témoins ont raconté que cet espace de *contact avec le corps* s'opère en partie comme le résultat de l'état perturbé de conscience qui a lieu au même moment où la technique manuelle se réalise. Comme au moment de repos antérieur à l'exécution des *asanas* dans le *hatha yoga* (Saizar, 2009), cet état décrit une expérience qui se situe entre le rêve et la veille, ce qui favorise un type de processus *depuis* le corps, non médiatisé par le discours. Les extraits d'entretiens qui suivent reflètent le sentiment de deux patients, qui manifestent la dynamique relationnelle qui s'établit entre la réflexologie comme pratique corporelle, la suspension de la pensée conceptuelle et le type de *connexion* avec soi-même à travers la forme expressive que le corps est capable de générer. Ainsi, Y. commente la façon spontanée dont, à la fin d'une séance de réflexologie, lui vient l'idée d'acheter un vélo. D'après son interprétation, ce fait n'a de sens que si la thérapie conjugue : 1) un contact sensoriel avec des parties du corps qui ne sont habituellement pas soumises à l'enregistrement (« *musculature interne* »), 2) la mobilisation généralisée du corps et 3) l'instance non consciente où la personne réalise une immersion pendant la séance (« *travail onirique* ») qui permet de *procéder* depuis une autre logique, différente à la discursive. La réflexologie en tant que pratique corporelle devient, ainsi, une pratique habilitante en vue d'une compréhension de la personne et de ses besoins à partir d'une *autre perception*, capable de s'esquisser sans se soumettre à la parole.

Y. : il y a un endroit où la musculature la plus interne se réveille, celle qu'on ne sent pas, que tu ne perçois pas à première vue.

Chercheuse : La musculature la plus interne se réveille. Cela a-t-il un rapport avec une intensification de l'activité musculaire ?

Y. : Bien sûr, c'est comme si tu rêvais mais tu es super réveillé. Mais tout cela en cours de processus, tu comprends ? C'est un travail onirique mais dont tu ne pourrais pas parler. « Bon, j'ai rêvé de telle chose » et le formuler. C'est super sensoriel mais très familier.

Chercheuse : Familier, dans quel sens ?

Y. : Il y a quelque chose que, oui, tu comprends, mais tu le comprends d'une autre perception, depuis une image, tu comprends ?, et cette image me montre mettant mes bottes pour sortir, et tu sais quoi ?, je m'en vais acheter un vélo. Le corps me l'a dit avant que je puisse l'exprimer avec des mots.

Par ailleurs, L. raconte une série de *mises en contact* que la pratique réflexologique autorise rend possible. Elles Ces mises en contact concernent quelques nécessités vitales de la vie quotidienne qui comportent des difficultés à percevoir (faim, sommeil) ainsi que des phénomènes de prise de conscience comme, par exemple, *se rendre compte*, après la séance, que les chaussures qu'elle porte sont inconfortables. Le point central de ce récit se trouve aussi délimité par une valorisation positive de la façon dont la réflexologie mêle le contact sensoriel à l'accès à un niveau non préformé conceptuellement. En facilitant par exemple le contact de l'individu avec les choses les plus concrètes des signes émis par le corps :

« Je pense qu'il se passe des choses fortes qui ont un rapport avec quelque chose d'inconscient. [Pendant la séance] Beaucoup d'images, froid, chaud, cet état très clair de semi-veille (...). Peut-être que je me souvenais de situations ou de choses très concrètes, que je me rendais compte que j'avais besoin de dormir, une chose de contact (...) Je me souviens une fois que je suis arrivée avec des chaussures et quand je suis sortie, je me suis rendue compte que j'avais très mal aux pieds. « Pourquoi est-ce que j'ai ces chaussures ? » Je les avais depuis très longtemps et je les utilisais. Je me suis dit : « ça suffit ! ». Je les ai offertes. Voilà, je pensais à ce genre de choses, assez basiques. »

D'un point de vue phénoménologique, ces perceptions, à partir de l'enregistrement réflexif et *corporel* que présente la réflexologie comme pratique thérapeutique, peuvent s'interpréter à partir de ce que Johnson (2007) définit comme la manière immanente ou incorporée *-embodied-* dont les êtres humains construisent du sens. A la différence de ce qu'affirme la théorie conceptuelle-propositionnelle de la signification et sous l'influence du pragmatisme de John Dewey⁶, l'auteur constate que cette manière de concevoir le sens trouve ses racines_ aussi dans les sentiments, les émotions et les images qui mettent en contact l'expérience présente avec le passé et le futur. En se constituant dans une instance préalable- et non qualitativement différente- à la mise en œuvre de différences dans ce flux qu'opère la conceptualisation en tant qu'acte (Ibid.: 10-13, 86-93).

D'un point de vue sociologique, ces observations apportent deux aspects croisés, au sujet de l'enregistrement. D'une part, le contact avec les aspects les plus concrets, moins spiritualisés, et, par conséquent, peut-être plus élémentaires du corps et de ses processus, se mêle à un genre d'*habitus-* selon les termes de Mauss et de Bourdieu- ou de style culturel, d'après le vocabulaire de Mary Douglas. Ceci implique que l'incorporation du type de disposition à l'écoute de soi que la réflexologie prétend habiliter a un rapport avec les schémas perceptifs et expérimentaux des acteurs. Il ne s'agit pas seulement d'un mandat présenté de manière discursive, mais une façon de socialiser la relation avec la corporalité qui est en rapport avec les schémas de dispositions, dans la manière de percevoir le monde, de le présenter et d'y agir. Ainsi, nous pouvons affirmer que les trames narratives analysées ont en commun la façon dont elles aboutissent à une idée d'enregistrement en accord avec les aspects corporels les plus courants. Une fois reconnus comme problématiques, ils génèrent une disposition pratique liée à l'élargissement des cadres perceptifs vers tout ce qui peut signifier une gêne, une douleur, un inconfort au niveau du corps Comme dans le cas du témoin qui souligne que, une fois perçue la douleur provoquée par ces chaussures, elle ne peut plus les porter.

⁶ À partir de l'idée que "penser suppose faire et que la cognition c'est l'action", le pragmatisme considère que les pensées ne peuvent pas être conçues séparées des sentiments qui contribuent à leur donner de forme et (Ibid.:92). William James signale: "*even our most abstract concepts (such as cause, necessity, freedom, and God) have no meaning without some connection with experience*" (James, 1911, *apud* Johnson, 2007:93)

En effet, dans un extrait de l'entretien avec Y., il est possible de reconnaître une correspondance du projet thérapeutique de la réflexologie basé sur l'enregistrement des expériences corporelles, avec une sensibilité spécifique. Celle-ci se joint à un schéma perceptif capable de détecter des gênes corporelles- non enregistrables pour les gens « moins sensibles »- avec une disposition à juger les situations qui ont pu provoquer le malaise ou la sensation corporelle vécue. Cette dernière est liée au rejet des solutions immédiates qui peuvent masquer les souffrances. OK

« Il y a des personnes plus sensibles que d'autres, je crois que je l'ai hérité de mon papa et, d'un autre côté, grâce à une culture de thérapies alternatives, de gens venus d'un type de thérapies psychologiques qui encouragent à écouter le corps et à y croire. Donc je ne peux pas avoir mal sans commencer à penser et à le mettre en relation avec ça. Du coup, je ne vais pas aux toilettes parce que je retiens quelque chose d'émotionnel qui ne sort pas. Quelqu'un d'autre pourrait prendre un laxatif et aller aux toilettes. Moi je ne prends rien jusqu'à ce que je résolve ce que je retiens » (Y., U3, patiente d'homéopathie, eutonnie, reiki et réflexologie).

Sans établir de relations de cause à effet, nous pourrions émettre l'hypothèse, sans que cette variable perceptive revête un degré de potentialité, d'un caractère relatif à la construction d'un *ethos* du souci de soi. Ce qui serait logique, surtout concernant les dispositions devenues des impératifs de santé (Crawford, 1980). On observe cela par exemple lorsqu'on constate dans les entretiens la nécessité personnelle de soutenir la continuité d'un type de pratique sur le corps pour se sentir bien. L'un des axes qui conduisent à cette attitude disciplinée a un rapport avec la reconnaissance du fait qu'il est difficile d'observer des résultats à partir de cette logique de travail si l'on ne suit pas le traitement suffisamment longtemps.

« Avec la réflexologie, je me suis énormément détendue, je me suis sentie en harmonie avec mon corps, j'ai évacué beaucoup d'émotions, mais je ne pensais pas : « mais pourquoi il se passe ça ? ». Non, petit à petit, je l'ai analysé, mais la réflexologie se vit avec patience. Tu arrives à des résultats au bout de pas mal de temps. Peut-être que oui, ça m'aidait beaucoup pour être

détendue pendant la semaine (...). Après, d'un point de vue plus holistique, oui, le temps t'aide à grandir, tout te demande du temps jusqu'à ce que tu marches, que tu parles, c'est comme tout, ça demande du temps » (F., U5, patiente de réflexologie, yoga et acuponcture).

Ce récit montre la manière dont les *effets* obtenus lors de la thérapie s'organisent à *plusieurs niveaux* : d'une part, une sensation de déblocage avec l' « évacuation des émotions », et une expérience d'équilibre exprimée dans la sensation de détente pendant et après la séance de réflexologie. Alors que, d'autre part, les effets sur le plan holistique peuvent demander plus de temps pour être enregistrables.

La dialectique entre la corporalité et la parole

Dans ce paragraphe, je vais m'intéresser à un cas qui montre une forme particulière d'appropriation de la thérapie dans le cadre d'un travail thérapeutique qui peuvent permettre de mesurer les différences « cosmovisionnelles » qu'ils existent en rapport avec les modalités d'utiliser et d'interpréter la réflexologie. Nous allons reprendre la notion de *travail* spécifié par Maluf (2005) dans son second champ lexical, qui représente « *la condition vécue de l'individu dans la thérapie, un style et un projet de vie* » (Ibid.: 511). Nous supposerons une série de connotations complémentaires, comme l'idée selon laquelle la souffrance peut constituer un instrument d'apprentissage et de transformation personnelle, ou que la thérapie exige une construction consciente, un investissement dans la construction en soi, un geste de volonté du patient- surtout en se constituant comme une pratique externe qui permet d'arriver à une guérison définitive-. C'est par exemple le cas de V., actrice et professeur de théâtre de 38 ans, qui, depuis 2008, suit des séances de réflexologie une fois par semaine. Le motif initial de son investissement dans la thérapie est une douleur au niveau des pieds qui la gêne dans sa vie quotidienne et dans son activité professionnelle, et parmi ses collègues, deux personnes qui ne se connaissaient pas lui ont recommandées le même réflexologue. Ce fait, qui pourrait demeurer d'un extrême hasard, ne l'est pas si l'on considère le milieu professionnel de notre sujet dans lequel la recherche de pratiques « alternatives » qui tendent à explorer différentes

modalités de langage corporel s'avère être. Dans ce contexte, V. affirme que depuis le début, elle considère ce problème aux pieds comme résultant de tensions d'essence émotionnelle. et, en expliquant pourquoi, elle se rapporte à sa vaste expérience dans différentes façons d'approche qui consistent à travailler le corps depuis son articulation avec l'émotion.

V. : dans les exercices de relaxation que nous avons réalisés avant les cours, ce qu'on fait c'est d'essayer de se connecter avec ces parties qui sont [tendues] (...). Par exemple, une manière de travailler avec ça est de se demander comment je vais physiquement, « je sens mon corps tendu au niveau des épaules », et là tu trouves des métaphores, par exemple, « comme si j'avais une barre de fer en travers »...

Chercheuse : Et avec quoi vous le mettez en relation ?

V. : Peut-être que tu le mets en relation avec une expérience, peut-être avec une émotion, avec le fait de se sentir écrasé, par le travail... ou disons, je me suis disputée avec mon conjoint, et j'ai commencé à formuler le problème, surtout à l'exprimer depuis la métaphore, pas depuis le récit, c'est-à-dire pas comme je pourrais le raconter à mon psychologue, mais l'exprimer en parlant et en utilisant des mots simples, directs et laisser libre cours à ce que l'on ressent et commencer à le formuler fait qu'on lâche prise, qu'on s'ouvre... (V., U18)

La dimension du sentir prend une force symbolique dans la mesure où elle représente chaque sensation physique à travers une image, qui opère de forme métaphorique et qui s'avère utile pour doter la sensation- tension, contracture, gêne- d'une signification spécifique. Dans notre exemple c'est un sens *personnel*, en vertu de sa relation avec une expérience du passé. Cette forme de connexion avec les sensations corporelles s'articulant avec un mot capable de les nommer bien que ce soit une image, constitue une ressource- ou, plutôt- un authentique *dispositif culturel* qui attribue des émotions déterminées à des états physiques déterminés- par exemple, associer une contracture à « *se sentir écraser par le travail* ». Mais cela contribue aussi à doter l'émotion d'une forme définie- en principe imprécise- et cette opération de l'imagination permet de donner une voie contrôlée d'expression. Ce qui paraît se dessiner, en définitive, est une prise de conscience du corps, une relaxation à travers la compréhension - non logique- et une expulsion de ce qui « *n'a pas été évacué en son temps* ». L'évaluation particulière de

V. du sens autour de ce qui lui arrive au niveau corporel, se reflète donc dans son appropriation du travail en réflexologie et de sa théorie corporelle qui lie symboliquement chaque zone ou organe du corps reflété dans le pied, avec un trait de la personne. Ceci que notre informatrice semble faire correspondre également à ce qui est enseigné dans les techniques de travail théâtral.

Il existe un livre qui s'appelle « Le corps parle ». Il parle un peu des différentes zones du corps, je ne me souviens pas bien s'il est là... je te parle de la technique des comédiens et de ce que j'enseigne : différentes parties du corps sont liées à des choses distinctes, par exemple, les hanches ont un rapport avec la sexualité, avec l'alimentation. Cette partie [*la poitrine*] a un rapport avec les sentiments; le ventre a un rapport avec les émotions comme la colère, ça a beaucoup à voir avec l'ordre du genre « je me mets le sac à dos à l'épaule ». Donc, les différentes parties du corps symbolisent différentes zones de la personne ».

Le travail thérapeutique ne se limite pas à un niveau purement discursif, puisque V. met l'accent sur le fait qu'une libération de l'émotion bien réussie met aussi en jeu une libération énergétique.

« Le pouvoir de dire « tu me manques », « je suis furieuse », est une énergie qui existe, qui du fait d'être dehors se détache de soi (...); l'expérience de l'évacuer est comme un cercle énergétique qui est fondamental ».

Ceci suppose aussi une mise en jeu du *corps-chair*, mais pas exclusivement. Par exemple, ceci s'entrevoit quand elle nous raconte une expérience de massage dans un *spa*, où la manipulation du corps physique lui a permis de ressentir une « *décharge* ». Mais elle reste ici incomplète à cause de la non-thématisation de l'expérience en termes herméneutiques :

« L'année dernière, ma sœur m'a fait un cadeau pour mon anniversaire. Tu as vu ces billets pour aller à un spa ? D'abord, je suis allée au sauna et puis à des massages. On m'a fait un très bon massage, j'étais très contracturée et j'ai commencé à pleurer, mais bon, après ça s'est terminé et on m'a fait un peeling, et c'est tout. Je crois que la personne qui n'a pas une certaine connexion

avec ses émotions, peut très bien dire après un massage « c'était bien, ça m'a soulagé » mais après, il n'existe aucune libération énergétique, tu comprends ? »

La lecture concernant le caractère insuffisant du massage pour opérer une libération émotionnelle/énergétique (« c'est tout ») est une des clés pour comprendre la logique de l'enregistrement de l'actrice. L'informatrice a raconté cette anecdote en différenciant : 1) la *décharge* immédiate et isolée, et 2) le travail thérapeutique qui implique la dimension symbolique, surtout à travers le langage verbal :

« C'est aussi un long travail de savoir ce qu'il y a dans le muscle, pourquoi le muscle est contracté, ' je n'en peux plus, j'en ai marre de telle ou telle chose'. Parfois, on ne dit rien, c'est plus direct et on se décharge seulement. La décharge toute seule est une chose positive, [mais] éventuellement, parfois, il est bon aussi de faire un travail qui permettra de ne pas revivre cette situation, non? »

La construction narrative sur ce qu'implique ce *travail* comprend plusieurs matrices, même s'il est possible de systématiser ce que raconte V. en trois axes principaux qui se répètent dans les récits d'autres personnes interrogées : 1) *connecter* avec ce qui arrive au corps, qui renvoie le regard au niveau de la perception sensorielle, 2) recourir à des opérations d'*association* qui permet d'aller au-delà de la sensation et lui attribuer un *sens* et 3) poursuivre un type de pratique qui confirme les deux points précédents (si possible, en combiner plusieurs).

En ce qui concerne le premier point, le *corps* apparaît dans le cadre de l'histoire racontée par V. comme une source de données non verbalisée, dont la richesse demeure dans sa non-coïncidence avec ce que l'individu sait de lui-même dans des termes conscients. De cette manière, un espace se constitue où se trouve un aspect de l'authenticité de la personne

« Le corps pour moi est une information pure sur la personne, il dit tout, il n'y aucun moyen de le tromper, de faire semblant ». V.

Cependant, cette instance demeure opaque si l'on ne développe pas une tâche de nature herméneutique capable de structurer le langage corporel brut. Cette tâche ne se visualise pas comme pouvant être concrétisée à travers un ensemble unique de ressources thérapeutiques. Plus on met en œuvre de pratiques, plus le résultat interprétatif sera affiné. C'est ce qui ressort de la représentation selon laquelle chaque pratique et/ou thérapie permet de trouver « quelque chose » de la personne d'un point de vue particulier, et, par conséquent, ne peut pas proposer de réponses fermées et définitives.

« D'abord, il faut pouvoir le voir, et le voir de deux points de vue différents est bien meilleur parce que, je ne sais pas comment l'expliquer, c'est comme si tu voyais en 3D. Par exemple, avec un « Ah, je suis un peu comme ça », le travail devient plus concret. »

On pourrait affirmer que connaître le corps a donc comme essence la connaissance du soi en vertu de la philosophie holistique des médecines alternatives. De même, cette partie de l'étude manifeste les limites de certaines approches thérapeutiques, comme celle de la psychanalyse. Ce qui se réfère de manière récurrente à différents récits de personnes interrogées, malgré le fait de partager la matrice discursive de l'auto-connaissance et le travail sur soi (Illouz, 2010). Cette critique se fonde, principalement, sur l'idée de son caractère partialisé puisqu'elle prend la personne se centrant exclusivement sur la parole.

Dans ce contexte, pour V., la réflexologie opère comme un substitut dans la mesure où- comme elle-même l'affirme- cette pratique thérapeutique consacre plus de temps à l'instance parlée qu'à la séance technique (*« j'ai commencé à allonger le moment préalable au travail. Et maintenant depuis un an et demi environ, je parle une heure et le reste du temps je fais de la réflexologie »*). De cette manière, la thérapie apparaît légitimée dans le récit de V. par l'articulation entre le corps physique, la libération énergétique, la gestion émotionnelle et l'enregistrement de soi à travers la parole et le *corpus* de symbolismes dont elle dispose.

Herméneutique du corps, symbolique thérapeutique et connaissance de soi-même

Comme nous l'avons vu, l'un des traits les plus récurrents dans le *travail thérapeutique* proposé par la réflexologie est celui de l'enregistrement des processus corporels, ce qui permet -et s'articule avec- l'enregistrement de soi. Ceci se trouve associé - à une disposition pratique vers le « faire attention » aux signaux du corps comme source de légitimité *interne* qui renvoie à l'authenticité de la personne dans sa dimension la plus concrète -comme à l'idée de reconnaissance (Sointu 2006). En même temps, cette disposition qui s'aligne sur les éléments cosmovisionnels propres au discours réflexologique se mêle aussi à des références à la psychanalyse et à d'autres formes de pratiques qui mettent en avant un entraînement corporel, comme les ateliers de théâtre, d'acrobatie, de mime, de *clown*, d'expression corporelle, de vocalise et de chant, parmi tant d'autres proposées à Buenos Aires. Cette disposition perceptive et interprétative est considérée comme une partie constitutive d'un traitement thérapeutique effectif, c'est-à-dire, qu'elle cherche à aller vers les causes les plus profondes du malaise, comme le constate Maluf (2005).

Néanmoins, ce processus implique aussi un aspect moral : trouver l'origine du malaise devient, en même temps, une forme de *prise de responsabilité* de ce qui arrive ; une recherche de solution solide à ce qui se passe en *soi*. Ceci nous ramène à la rhétorique de la responsabilité individuelle dans les alternatives thérapeutiques (Hughes, 2005; Sointu, 2006; en Argentine, Freidin *et al.*, 2013). C'est dans ce contexte que le rejet de l'usage indiscriminé des médicaments acquière du sens, par exemple. Pas seulement pour leur capacité à intoxiquer le corps -ce qui renvoie à une question liée au style de vie- mais surtout à cause du fait qu'ils induirait une résolution « simpliste » du malaise, en masquant ce qui se passe derrière. Cette manière de se représenter le fait de prendre soin de soi-même est partagé par les informateurs qui adhèrent à cette modalité de travail thérapeutique. Ils parlent de leur tendance à la recherche de la santé, en termes de *processus* qu'il convient de maintenir constamment. Le prochain extrait montre de manière explicite les postures dessinées par les acteurs sociaux en question. Il s'agit ici d'une jeune patiente qui se socialise dans une famille où l'on donne la priorité à des médicaments naturels, si bien qu'elle commence à construire une disposition vers la recherche d'options alternatives au moment où on lui diagnostique une scoliose. Cette

souffrance est significativement conçue comme le début d'une nouvelle façon de ressentir le corps.

« Mon corps a commencé à me gêner, j'ai commencé à avoir beaucoup de contractures, une hyper-conscience constante des douleurs et des gênes »

Cette souffrance fixe à la fois, un seuil de définition du soin effectif et impose des frontières en fonction de critères d'inclusion/exclusion. D'exclusion, dans le sens où elle marque des limites concernant ce que cette jeune fille n'est pas disposée à accepter en terme de traitement, comme lorsque les acteurs de la biomédecine tentent de lui imposer un corset pour redresser sa colonne.

« Je me souviens qu'ils voulaient me mettre un corset parce que c'est ce que font les médecins mais moi je ne voulais rien savoir ».

D'inclusion, sur le fait que cette patiente admet les options qui l'incite à apporter « quelque chose » pour sa santé, définissant ainsi un « *processus de vie* » :

« Dans mon cas, ça a toujours été comme ça, une lutte interne : vouloir aller bien d'un côté, c'est pour ça que j'ai continué à chercher, à chercher et à faire plein de choses, mais aussi on a envie d'aller bien pour plusieurs raisons, moi, en quelque sorte, j'ai essayé de sortir à la lumière, je pense que c'est un processus. Oui, c'est un processus de vie, je ne sais pas si ça se finit à un moment, c'est une recherche de la santé, et c'est aussi un état, ce sont les deux choses à la fois... » (M., U7, adepte de l'homéopathie, du yoga, de la réflexologie, entre autres)

Les exemples précédents présentent des traits partagés par la majorité des acteurs interviewés. Ces points communs font partie de la *disposition active* vers l'appropriation d'éléments interprétatifs inhérents aux options de travail corporel auxquelles ces personnes ont recours. En outre, elle a comme trait spécifique l'explicitation de la manière dont les outils herméneutiques de la réflexologie mènent à un *processus personnel d'auto-connaissance*.

E. est un jeune réflexologue que j'ai interviewé à plusieurs reprises depuis 2006 et dans le cabinet duquel je me suis rendue dans le cadre de séances individuelles de réflexologie de 2007 à mi-2010, une fois par semaine. Notre travail d'enquête comprend les entretiens ouverts, longs et récurrents avec une observation participative ainsi que des conversations informelles- Notre investigation nous a permis de suivre un processus, invisible dans d'autres entretiens, y compris dans les premiers entretiens avec cette personne, au sujet des *recherches interprétatives* réalisées. Un jour, E. m'a dit que ce qu'il considère comme une trouvaille personnelle au sujet de soi-même, qui implique une relation énergétique et qui met en jeu des catégories de la réflexologie, ainsi que d'autres ateliers corporels expérimentés jusqu'à maintenant. L'expérience en question renvoie à la sensation d'ouverture d'un centre énergétique : l'informateur signale qu'après une situation contingente, au moment de dire au revoir à une amie avec qui il parlait, il a expérimenté une sensation différente :

« J'ai senti quelque chose qui s'ouvrait dans ma poitrine, comme un rideau qu'on ouvre et qui laisse passer une lumière qui sort de l'intérieur, comme une image... une sensation de quelque chose qui s'allume... »

E. décide spontanément de commenter cette expérience, puisqu'il la considère comme une séance peu commune dans sa profession et comme un progrès dans sa trajectoire de recherche personnelle. Un des axes récurrents de ces expressions narratives avait un rapport avec sa tendance à placer au deuxième plan les idées liées à l'énergie, en établissant par exemple des relations analogues aux chaînes énergétiques de la Médecine Traditionnelle Chinoise et du système nerveux central propre au paradigme scientifique. L'informateur explique que cette expérience lui a permis d'évaluer la distance entre le savoir professionnel et le sentir corporel, en les réunissant. Ceci en relation avec la disposition relative à l'ouverture- ou un assombrissement en termes énergétiques, ce qui est important dans la pratique du thérapeute :

« [Dans mon métier de thérapeute], on te dit tout le temps : « tu dois être réceptif, tu dois être ouvert ». En fait on travaille automatiquement parce que tu ne peux pas ouvrir directement tes canaux énergétiques et te connecter avec l'autre (...). Qu'est-ce qui m'a aidé ? Bon, le travail,

l'attitude, parfois on est réceptifs, parfois non. Souvent, je croise les bras, les jambes et j'enregistre. Mais ça c'est fermer, tu te fermes pour une bonne raison. Tu vois, ça, c'est juste de la théorie, en réalité je ne sens pas un canal énergétique qui va et vient ; mais je me rends compte que je me ferme face à certaines situations. Ça m'a aidé d'avoir reçu des connaissances de réflexologie parce que tu prends conscience de ton corps. Avoir fait du yoga, ça m'a aussi aidé pour la même conscience du corps et parce que l'énergie circule différemment. »

E. explique que la reconnaissance perceptuelle de l'énergie et l'état dans lequel il se trouve exige un processus d'*apprentissage* qui ne peut être dépourvu d'une approche concrète des thérapies corporelles. Cette sensation encadrée dans le niveau de perception devient significatif dans la mesure où il travaillait déjà sur une thématique qu'il considérait très importante : la volonté. En effet, la poitrine s'associe aux outils interprétatifs du corps de la réflexologie comme une zone liée à l'«*impulsion*», c'est-à-dire, l'attitude qui conduit à concrétiser ce qui a été préalablement élaboré sur le plan mental et imaginaire. A partir de ce point de départ, E. réalise un travail interprétatif autour des traits de sa personnalité et son histoire biographique, en construisant une trame narrative qui met en relation sa difficulté de concrétiser des projets avec la reconnaissance des blocs énergétiques qui souffre dans le secteur de la poitrine et du cœur. Cela s'articule aussi autour de sa caractérisation comme personne «*très mentale*»- zone analogiquement articulée avec l'air- et son articulation avec autres parties corporelles -comme le secteur du bassin et les membres inférieurs- symboliquement associées à des aspects plus concrets de la personne, permettant de matérialiser des idées et des projets. Dans cette symbolique, la poitrine constitue une instance médiatrice :

« Je suis quelqu'un qui a du mal à concrétiser ses idées ; je suis très mental. Mais en plus, j'ai toujours senti une certaine difficulté à avancer, quelque chose lié au regard holistique de certains livres que tu as peut-être lus. La zone du bassin liée à la terre et le concret, le travail et l'argent, le réel, la maison, la famille. Mais la poitrine, c'est l'impulsion qui te permet aussi de réussir tout ça ».

Au fil de la conversation, E. donne différents éléments qui mettent en connexion les éléments interprétatifs de la réflexologie et sa vie personnelle. Ceci renvoie à une

réflexion personnelle qui tourne autour de son passé, en montrant que sa tendance à « bloquer » ses émotions peut remonter au moment où sa grand-mère est morte. Cet épisode- traumatisant pour l'informateur- marque un point de rupture à partir duquel il commence à expérimenter une difficulté spécifique à s'exprimer, par exemple, en pleurant. Donc, cette dimension de la reconstruction herméneutique de l'individu depuis le *corpus* de symbolismes de la thérapie, permet de montrer une série de coordonnées relatives au travail thérapeutique qui n'ont pas l'habitude d'apparaître spontanément dans les entretiens. Dans ce sens, elles apparaissent comme des données privatives seulement à partir des histoires configurées depuis les récits de certains informateurs fortement « enculturés » socialisés dans l'espace social de la réflexologie et dans le type d'outils interprétatifs liés. Même si l'on peut dire que la référence aux sensations présentes dans le corps sont associées par d'autres informateurs aux émotions comme l'angoisse ou le stress, ce niveau d'élaboration a seulement été enregistré dans ce cas ponctuel.

Ce travail a eu comme objectif d'explorer une dimension concrète de la logique du « souci de soi » qui se dessine dans l'univers thérapeutique de la réflexologie : celui de l'enregistrement de soi faisant partie d'un travail thérapeutique. Avec cet objectif, nous avons analysé trois axes narratifs à partir de récits de spécialistes et de patients : le premier implique un spectre d'expériences corporelles qui ont un rapport avec l'apprentissage d'un style sensoriel spécifique, lié à la possibilité d'enregistrement. On peut émettre l'hypothèse d'une relation avec la perception d'expressions physiques et émotionnelles déterminées en les associant à une dimension holistique de la personne, mais surtout avec l'identification de besoins déterminés à partir de la perception d'images ou du surgissement d'idées qui interviennent dans l'état de semi-veille que la thérapie implique. Les acteurs interprètent cet état comme l'expression d'une logique propre au corps et non d'une réflexion consciente. Les entretiens s'articulent autour d'une disposition active à la recherche de pratiques qui rendent possible l'interprétation de certaines douleurs déterminées et/ou de l'expression de manifestations corporelles déterminées. Ici, il est intéressant de signaler que le travail herméneutique qu'implique l'attribution de sens spécifiques à la dimension sensorielle vécue, est vu comme une condition *sine qua non* de l'efficacité thérapeutique. En effet, le deuxième entretien met l'accent sur le fait que l'enregistrement corporel n'est pas suffisant, si l'on considère nécessaire une instance de verbalisation. Et le troisième entretien illustre explicitement la manière dont l'enregistrement de soi conduit à un processus personnel d'auto-connaissance, en utilisant les outils interprétatifs de la réflexologie en tant que dispositif symbolique dans le processus de définition identitaire. Ainsi, notre enquête à essayer de comprendre comment fonctionnent les processus de « psychologisation » dans la culture contemporaine, en se concentrant sur un champ alternatif. Dans ce domaine, nous avons constaté que la notion d' être à l'écoute de soi fait référence tant à un travail *sur* le corps, comme à un travail à partir du *dès* corps, c'est-à-dire, qui priorise les expériences sensorielles. Allant ainsi au-delà des catégories instrumentées par la psychanalyse, qui concernent surtout le domaine de l'interprétation fondée sur le langage.

Références :

- Albanese, Catherine. 1992. «The magical staff: quantum healing in the New Age». En: *Perspectives on the New Age*. J. Albany: State University of New York Press.
- Alonso, M., Klinar, D. y Gago, P. 2011. «Psicólogas/os en Argentina. Actualización cuantitativa». *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires.
- Atkinson, Paul. 1997. «Narrative turn or blind alley?» *Qualitative Health Research*, 7(3), 325-344.
- Baarts, Charlotte et Inge Pedersen. 2009. «Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine». *Sociology of Health and Illness*, 31 (5), 1-15.
- Baer, Hans (2008). *Toward an Integrative Medicine: emerging alternative therapies with biomedicine*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- Barry, Christine. 2002. «Multiple realities in a study of medical consultations». *Qualitative Health Research*, 12 (8), 1093-1111.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens et Scott Lash. 2001. *Modernización Reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza Editorial.
- Bordes, Mariana. 2012. *Construcciones y transacciones de sentido en torno al cuidado de la salud en el contexto de una terapia no-convencional: la reflexología. Un estudio sobre las culturas terapéuticas en la región metropolitana de Buenos Aires*. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Carozzi, María Julia. 2000. *Nueva Era y Terapias alternativas. Entre el discurso y la interacción*. Buenos Aires, EDUCA.
- Cockerham, William. 2000. «Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure», *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (mai).
- Crawford, Robert. 2006. «Health as a meaningful social practice», *Health (London)*, 10 (4).
- Douglas, Jack. 1985. *Creative interviewing*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Featherstone, Mike 2000. *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires, Amorrortu.

- Fontana, Andrea and James Frey. 1994. «The Art of Science». In *The Handbook of Qualitative Research*, edited by Yvonna Lincoln and Thomas Denzin. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Freidin, Betina et Rosana Abrutzky 2010. «Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura: perspectivas y experiencias de los usuarios», *Documento de Trabajo 54*, IIGG-FCS-UBA.
- Freidin, Betina; Matías Ballesteros et Mariano Echeconea. 2013. «En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires». *Documentos de Trabajo*, 65, IIGG, FCS, Universidad de Buenos Aires.
- Gale, Nicola. 2011 «From body-talk to body-stories: body work in complementary and alternative medicine». *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n. 2.
- Garnoussi, Nadia. 2005. «Le développement de nouvelles ressources de sens psychophilo-spirituelles : dérégulation des savoirs et nouvelle offre idéologique ». *Social Compass*, vol. 52.
- Goldstein, Michael, Dennis Jaffe, Dale Garell and Ruth Ellen Berke. 1985. «Holistic doctors. Becoming a nontraditional medical practitioner». *Journal of Contemporary Ethnography*; 14; 317- 334.
- Good, Byron. 1994. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Heelas, Paul 1996. *The New Age Movement. The celebration of the self and the sacralization of modernity*. Oxford, Blackwell Publishers.
- Hughes, Kathryn 2005. «Health as individual responsibility: possibilities and personal struggle». In P. Tovey, G. Easthope et J. Adams (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*. Londres, Routledge.
- Idoyaga Molina, Anátilde. 2002. *Culturas, enfermedades y medicinas: reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*, Buenos Aires, Prensa del IUNA.
- Illouz, Eva. 2010. *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires, Katz.
- Johnson, Mark. 2008. *The meaning of the body. Aesthetics of human understanding*. Chicago: University of Chicago Press.

- Laplantine, François. 1999. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Laplantine, François et Paul-Louis Rabeyron. 1987. *Les médecines parallèles*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Leder, Drew. 1990. *The absent body*. Chicago, Chicago University Press.
- Maluf, Sônia. 2005. «Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da 'Nova Era'», *Mana*, 11 (2), pp. 499 a 528.
- Mauss, Marcel. 1979. *Sociología y antropología*. Madrid, Editorial Tecnos.
- Micozzi, M 2002. «Culture, anthropology and the return of complementary medicine». *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), 206-225.
- Ning, Ana. 2012. «How alternative is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine». *Health*, 17 (2), 135-158.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005)*. Consultado el 15 junio 2008 en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>
- Saizar, Mercedes. 2009. *De Krishna a Chopra. Filosofías y prácticas del Yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires, Antropofagia.
- Scott, Anne. 1998. «The symbolizing body and the metaphysics of alternative medicine», *Body and Society*, 4, p. 21-37.
- Semán, Pablo. 2008. «La psicologización de la religión en el Gran Buenos Aires», *Sociedad y Religión*, 30/31.
- Silverman, D. 1998. «Qualitative research: Meanings or practices?» *Information Systems Journal*, 8, 3-20.
- Sointu, Eeva. 2006. «Recognition and the Creation of wellbeing», *Sociology*, 40.
- Stake, Robert. 1994. «Case Studies». En Denzin N.K y Lincoln, YS.(eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California, Sage Publications.
- Stone, D. 1976. «The human potential movement». En: *The new religious consciousness*. C. Glock y R. Bellah (eds.). Berkeley, University of California Press.
- Taylor, Charles (1996). *Fuentes del yo: La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Editorial Paidós.

-Twigg, J., Wolkowitz, C., Cohen, R. and Nettleton, S. 2011. «Conceptualising body work in health and social care». *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n. 2, 171-88.

-Viotti, Nicolás. 2011. *Um Deus de todos os dias. Uma análise sobre Pessoa, aflição e conforto numa trama religiosa de Buenos Aires*. Thèse de doctorat en Antropologie Sociale, PPGAS-Museu Nacional, UFRJ.

----- . 2013. «De la expertise psi a la psicologización de la vida cotidiana. Una mirada desde la nueva gestión espiritual del bienestar», *Revista Culturas Psi*, Vol. 0.